

Лобанков В.М., Слизько С.И.,
Бугаков В.А., Савченко И.М.,
Пятницкий А.М.

ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ФЛЕГМОНЫ ТУЛОВИЩА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АППЕНДЭКТОМИИ

/ Гомель /

Наиболее частым осложнением аппендэктомии является нагноение раны, частота которого достигает 6-10% (Утешев Н.С. и соавт., 1975; Милонов О.Б. и соавт., 1990). В редких случаях послеоперационный период может осложниться тяжёлыми гнилостно-некротическими поражениями брюшной стенки с летальностью до 60%. Возбудителем таких осложнений, как правило, является неклостридиальная анаэробная микрофлора, составляющая часть нормальной микробной ассоциации толстой кишки (Finegolds, 1980; Nord C. Et al, 1980). Клинически неклостридиальная ана-

эробная инфекция послеоперационных ран может протекать с преимущественным поражением подкожно-жировой клетчатки и фасций (некротический целлюлит мышц, некротический миозит). Часто имеется сочетанное поражение (Кузин М.И., Костюченко Б.М., 1990). При изолированном поражении мышц и фасций подкожная клетчатка и кожа страдают мало. Бактериологическая диагностика не всегда выполнима, практически в первую очередь приходится ориентироваться на клинику, состояние раны.

Хотим поделиться двумя наблюдениями тяжёлых гнилостно-некротических флегмон туловища после аппендэктомии. В первом случае процесс развивался по типу гнойно-некротического миозита, во втором — по типу обширного целлюлита или эпифасциальной флегмоны.

Больной М., 17 лет, в январе 1998 года оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита (гистологически — флегмонозно-язвенного). Первые 3 послеоперационных дня — без особенностей. На 4-е сутки — ухудшение состояния: усилились боль в области раны, поднялась до фебрильных величин температура, появились явления интоксикации. Объективно: больной бледен, пульс — до 120 ударов в минуту, живот — симметричный, мягкий, без перитонеальных симптомов. В правой боковой области живота — резкая болезненность. Ректально — без особенностей. При срочном УЗИ со стороны брюшной полости и брюшной стенки в области операции патологии не выявлено. Однако при УЗИ симметричных участков боковых областей отмечено существенное утолщение слоев брюшной стенки справа. Под общей анестезией произведена ревизия раны: подкожная клетчатка не изменена, из-под апоневроза выделилось до 30 мл ихорозной зловонной жидкости, мышцы тусклые, «вареного» вида. Зона поражения распространялась вверх и дорзально до 10 см по межмышечному пространству. Произведен дополнительный разрез, туалет и рыхлое тампонирующее прошивание раны. Взят посев. Назначена комплексная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Состояние больного существенно улучшилось, однако через сутки отмечено местное распространение процесса выше реберной дуги с появлением крепитации. Реакция кожных покровов отсутствовала. Произведены дополнительные разрезы на границе со здоровыми тканями, вскрыты межмышечные пространства. Назначен курс гипербарической оксигенации. На фоне проводимой терапии, ежедневных перевязок состояние стабилизировалось. Выписан в удовлетворительном состоянии на 18-е сутки после аппендэктомии. Бактериологическое исследование выявило только кишечную палочку.

Второй случай имел место летом 1985 года в период работы Лобанкова В.М. в Псковской областной больнице. Больной К., 19 лет, был переведен из районной больницы с обширной флегмоной правой половины туловища через 10 дней после аппендэктомии. Осложнение развивалось по типу эпифасциальной флегмоны или гнилостного целлюлита. Больному потребовались неоднократные вскрытия гнойных затеков. Об объеме поражения можно судить по тому, что дополнительные разрезы имелись в надключичной области, по краю грудной мышцы справа, медиально у белой линии, внизу над паховой связкой, дор-

зально —вдоль позвоночника. Самые дистальные затеки достигали затылочной области, правого локтевого сустава. По глубине процесс был ограничен эпифасциальной клетчаткой. Мышцы и кожные покровы на всем протяжении сохранили жизнеспособность. Потребовалось более полутора месяцев интенсивного лечения, ежедневных санаций эпифасциального пространства, этапных некрэктомий. Выписан в удовлетворительном состоянии. Спустя полгода был продемонстрирован на областном обществе хирургов.

Таким образом, следует помнить о возможности этих редких тяжелых гнилостно-некротических флегмон брюшной стенки после, казалось бы, банальных типичных операций. Своевременная и в первую очередь клиническая диагностика и активная лечебная тактика позволяют добиваться успеха.